VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 22)**

z dnia 26 maja 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (nr 22)

26 maja 2015 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO),** zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja Ministra Zdrowia oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na temat: ochrona zdrowia wobec wielkich zespołów geriatrycznych;

– informacja Ministra Zdrowia na temat: rola badań klinicznych w profilaktyce zdrowotnej osób starszych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zuzanna Grabusińska** zastępca dyrektora Deprtamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, **Krzysztof Kochanek** kierownik kliniki w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu, **Krystyna Księżopolska-Orłowska** konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, **Iwona Grabska-Liberek** konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki, **Agata Szkiełkowska** konsultant wojewódzki ds. audiologii i foniatrii, **Danuta Ryglewicz** kierownik Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, **Tadeusz Parnowski** kierownik Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, **Maria Barcikowska** dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk, **Łukasz Więch** lekarz badacz, kierownik studiów podyplomowych w Akademii im. Leona Koźmińskiego w Warszawie, **Grzegorz Cessak** prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wraz ze współpracownikami, **Marcin Ossowski** członek Zarządu Stowarzyszenia na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, **Justyna Jałosińska** ordynator Oddziału Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz ze współpracownikami, **Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska** członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera wraz ze współpracownikami, **Jarosław Gnioska** dyrektor Centrum Alzheimera w Warszawie, **prof. dr hab. Janusz Wyzgał** ze Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Urszula Michalska** prezes Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Barbara Misińska** prezes Zarządu Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp.z o.o., **Ryszard Olszanowski** prezes Izby Gospodarczej Medycyna Polska, **Małgorzata Mossakowska** i **Aleksandra Szybalska** specjaliści ds. projektów Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, **Monika Bielicka** prawnik Stowarzyszenia Federacji Konsumentów, **Iwona Bruśk** przedstawiciel Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **Piotr Dmochowski-Lipski** prezes Zarządu PCG Polska (Public Consulting Group, Poland) sp. z o.o. wraz ze współpracownikami, **Monika Dworska** przedstawiciel Moneo Pharma Group, sp. z o.o., **Bolesław Meluch** członek Rady Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Katarzyna Terlecka** przedstawiciel Centrum Inżynierii Biomedycznej, **Małgorzata Druś** dyrektor Domu Pomocy Społecznej Warszawa, **Edyta Długosz-Mazur** członek Rady Seniora Miasta Lublin, **Justyna Korczak-Kurpińska** kierownik ds. administracyjno-gospodarczych Rajmedica, **Anna Korczak** wiceprezes Rekol-Med., **Aleksander Kubacki** i **Artur Malinowski** członkowie Zarządu Głównego Związku Żołnierzy Wojska Polskiego, **Grzegorz Byszewski** i **Grzegorz Tokarski** eksperci Pracodawców RP, **Ewa Jakuczek-Kowalczyk** przedstawiciel Infarmy, **Wojciech Szczepanik** dyrektor operacyjny Synexus wraz ze współpracownikami, **Renata Lapsz** dyrektor Domu Pomocy Społecznej „Chemik", **Renata Ekielska** przedstawiciel Fundacji Projektowanie Codzienności Warszawa, **Krystyna Rymaszewska-Prędkopowicz** koordynator UTW Grodzisk Mazowiecki przy Stowarzyszeniu Europa i My oraz **Elżbieta Grabarczyk**, **Andrzej Blus**, **Anna Koźlicka**, **Sławomir Sobalski** i **Elżbieta Szwarc** – przedstawiciele uniwersytetów trzeciego wieku.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Jakub Krowiranda** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie na 22. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Przepraszam razem z państwem posłami z prezydium za spóźnienie, ale uczestniczyliśmy równolegle w Komisjach sejmowych i kończyliśmy głosowania. Witam wszystkich zaproszonych gości. Uprzejmie zapytuję, czy wszyscy państwo otrzymali zawiadomienie o posiedzeniu, czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma. W związku z tym stwierdzam przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Szanowni państwo, przystępujemy do porządku dziennego. Przewidzieliśmy na dzisiaj dwa tematy: informację ministra zdrowia oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na temat ochrony zdrowia wobec wielkich zespołów geriatrycznych. Ten temat będą referowali – minister zdrowia, pan Igor Radziewicz-Winnicki, oraz prezes NFZ, pan Tadeusz Jędrzejczyk. Drugi temat to także informacja ministra zdrowia na temat: rola badań klinicznych w profilaktyce zdrowotnej osób starszych.

Szanowni państwo, w najbliższych 20 latach odsetek osób starszych w Polsce podwoi się do 24%, a ludzie starsi będą stanowić w roku 2030 populację 8,5 mln i niemal w połowie będą to osoby po 75. roku życia, z typową dla tej grupy wieku przewlekłą wielochorobowością, niesprawnością fizyczną, upośledzeniem funkcji poznawczych, które skutkują złożonymi potrzebami zdrowotnymi, rehabilitacyjnymi i opiekuńczymi. Prognozowany przyrost liczby osób starszych będzie w naszym kraju szybszy niż w krajach zachodnich Unii. Wzrost przeżywalności jest wyrazem poprawy warunków życia, postępu cywilizacji, zdrowia publicznego i technologii medycznych, jednak nie oznacza dobrego zdrowia w zaawansowanej starości. Ważne też jest to, że koszt leczenia chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym stanie się coraz większym i trudniejszym do udźwignięcia ciężarem dla Polski. Przeciętne wydatki publiczne na leczenie osoby w wieku powyżej 65. roku życia są już obecnie ponadtrzykrotnie wyższe niż wydatki na leczenie osoby w wieku produkcyjnym i mimo że wiele wręcz elementarnych potrzeb zdrowotnych Polaków jest zaspokajanych, jednak są obszary, które powinny być przedmiotem troski rządu.

Takim nowym tematem, który definiuje literatura medyczna, są wielkie zespoły geriatryczne, typowe dla wieku podeszłego, które stanowią takie przewlekłe wieloprzyczynowe zaburzenia, znacznie zwiększające ryzyko niesprawności funkcjonalnej, negatywnie wpływające na jakość życia osób starszych. I o tym właśnie chcielibyśmy dzisiaj rozmawiać. Chcemy poznać stanowisko ministra zdrowia oraz NFZ wobec tego wielkiego wyzwania, jakie stanowią wielkie zespoły geriatryczne, aby w odpowiedni sposób zawczasu przygotować takie polityki, które będą uwzględniały ten temat. Panie ministrze, oddaję panu głos.

Igor Radziewicz-Winnicki podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. Po pierwsze, bardzo dziękuję za zainspirowanie i przygotowanie odpowiedniego materiału, który, jak rozumiem, dotarł do Wysokiej Komisji. Wobec tego pozwolę sobie przedstawić jedynie skrótowy opis sytuacji zawarty w tym materiale. Z drugiej strony, dziękuję panu przewodniczącemu za zainspirowanie do podjęcia tematu przekrojowego, albowiem, jak wszyscy wiemy, wielkie zespoły geriatryczne to pojęcie interdyscyplinarne, które funkcjonuje na gruncie medycyny i jest doskonale znane specjalistom geriatrii i gerontologii. A odnosząc się do sposobu organizacji systemu i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, trzeba przyznać, że system opieki zdrowotnej jest rozliczany, finansowany i sprawozdawany według nieco innych kryteriów jednostek noozologicznych, stąd też pojęcie wielkie zespoły geriatryczne w tym ujęciu wymaga dodatkowego zdefiniowania, by przedstawić zakres problemu w liczbach, o czym zapewne powie pan prezes w uzupełnieniu moich słów.

Tytułem wstępu warto przypomnieć, że wielkie zespoły geriatryczne to zespół typowych dla osób w wieku podeszłym przewlekłych i wieloprzyczynowych zaburzeń, które znacznie zwiększają ryzyko niepełnosprawności funkcjonalnej, negatywnie wpływają na jakość życia osób starszych. Im dłużej ludzie żyją, tym większe ryzyko wystąpienia

jednego z tych zespołów, a należą do nich takie złożone zjawiska zdrowotne, jak upadki, a także inkontynencje i jednostki chorobowe takie jak, depresja, otępienie czy zaburzenia wzroku i słuchu, ale też niedożywienie i odleżyny. Już ten bardzo przekrojowy, interdyscyplinarny charakter wymienionych przeze mnie problemów zdrowotnych, społecznych i opiekuńczych uzmysławia, jak niezwykle trudno jest wygenerować precyzyjną informację z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej na temat sposobów leczenia, identyfikacji albo też wydatków na poszczególne te jednostki. One często obejmuje wiele różnych jednostek nozolgicznych, często trudnych do zdefiniowania jako należących do problemów li tylko geriatrycznych, bądź też nie, bo przecież te same jednostki chorobowe dotyczą także osób w innym przedziale wiekowym.

Warto zauważyć, że całość działań ministra zdrowia w kierunku przystosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącej się populacji obejmuje działania na poziomie budowania odmiennej struktury systemu opieki zdrowotnej i – co widać chociażby w takich zmianach systemowych, jak wprowadzenie na powrót lekarza specjalisty chorób wewnętrznych jako lekarza pełnoprawnego, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – tworzenie wyspecjalizowanej kadry specjalistów geriatrii, tworzenie, szkolenie dzisiaj obecnych zasobów kadrowych podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarzy dotychchzas tam pracujących oraz pielęgniarek i innego personelu medycznego, a także przeszkalanie w ramach kursów doszkalających również fizjoterapeutów, co ma niebagatelne znaczenie dla funkcjonowania tych osób.

Kolejnym elementem, o którym warto wspomnieć, są pewne zmiany systemowe, mające na celu poprawę, precyzję jakości oceny stanu zdrowia i rzeczywistą identyfikację potrzeb zdrowotnych osoby w wieku senium. Takie działania, o czym szczególnie warto wspomnieć, odbywają się teraz na poziomie przynajmniej dwóch projektów, które chciałbym przywołać przed Wysoką Komisją, a mianowicie tworzenia dziennych domów opieki medycznej, co jest programem pilotażowym realizowanym poprzez wdrożenie projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój, czyli projektu POWER, dotyczącego wsparcia dezinstytucjonalnej opieki nad osobami zależnymi przez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami starszymi. Planowane jest w ramach tej interwencji utworzenie dziennych domów opieki medycznej z osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi w wieku powyżej 65. roku życia, u których będzie prowadzona krótkotrwała diagnostyka i leczenie chorób typowych dla senium, bez konieczności całodobowej hospitalizacji. Jest to zresztą jeden z tych elementów, który stanowi bardzo istotny punkt *exposé* i tej działalności otwierającej system opieki zdrowotnej na formy pośrednie opieki pomiędzy opieką społeczną i opieką zdrowotną.

Ogłoszenie konkursu mającego na celu wdrożenie pilotażowego programu przez Ministerstwo Zdrowia jest planowane na drugi kwartał tego roku i w ramach tego konkursu będzie realizowane działanie, które swoim zasięgiem ma objąć 40 podmiotów leczniczych, łącznie na działanie takiego programu przewidziano alokację środków finansowych w wysokości 40 mln złotych. Oczywiście, równolegle z doświadczeniami z takiego programu pilotażowego zostaną zebrane dane ewaluacyjne, pozwalające na wykazanie istotnych, mocnych stron tego programu, a także uściślenie tych rodzajów interwencji, które, jak to zwykle bywa w programach pilotażowych, będą wymagały doprecyzowania. Intencją programu pilotażowego jest zebranie wystarczającej wiedzy i doświadczenia w taki sposób, by następnie można było tego typu formę opieki upowszechnić w postaci produktów finansowych czy to NFZ, czy to specjalnej formy współpracy pomiędzy NFZ a systemem opieki społecznej, w sposób oczywisty biorąc pod uwagę zakres tematyczny tego nakładania się albo ograniczenia obszarów kompetencji tych dwóch różnych służb wsparcia społecznego.

Po drugie, co również bardzo istotne, zobowiązano świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, oczywiście, z wyłączeniem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym i położniczo-ginekologicznym. W ten sposób poprzez zmienione rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego zobowiązano jednostki podmioty leczni-

cze, które udzielają świadczenia w trybie hospitalizacji, do opracowania i wdrażania procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych pediatrycznych i wprowadzono okres dostosowawczy do opracowania i wdrożenia procedury do końca czerwca 2016 roku. Ma to, oczywiście, fundamentalne znaczenie dla właściwej identyfikacji chorych, którzy wymagają specjalnego potraktowania i uzupełnienia diagnostyki, bądź wdrożenia innego rodzaju interwencji zdrowotnej w takim celu, żeby możliwie długo mogli funkcjonować samodzielnie i sprawnie w środowisku lokalnym, a także utrzymać dobry stan zdrowia, ewentualnie wdrożyć działania kompensacyjne w przypadku rozpoznania określonych deficytów typowych dla wieku senium.

Kolejny punkt, na który warto zwrócić uwagę, to powstawanie Narodowego Instytutu Geriatrii. Jest to jeden z najistotniejszych elementów instytucjonalizacji polskiej geriatrii. Wszyscy wiemy o tym, że zasoby kadrowe geriatrii w Polsce oceniane są jako dalece niewystarczające, dlatego też tworzenie instytutu naukowo-badawczego, którego jednym z podstawowych celów ma być tworzenie wiedzy geriatrycznej, a także pomnażanie czy budowanie systemu kadr, a zatem działalność dydaktyczna na poziomie kształcenia zarówno lekarzy, jak i personelu wyższego pielęgniarskiego w intencji tworzenia nie tylko zasobów wiedzy, ale także zasobów ludzkich struktury systemu opieki geriatrycznej, jest działaniem, które należy uznać w chwili obecnej za priorytetowe. Toteż projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie reorganizacji instytutu reumatologii został skierowany do rozpatrzenia przez Radę Ministrów. Rzeczywiście, z uwagi na fakt konieczności dopracowania struktur, a także bazy kadrowej Instytutu ten projekt wymaga jeszcze dalszych prac, ale już w niedługiej przyszłości zostanie przedłożony po raz kolejny pod obrady Rady Ministrów.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, ponieważ o wielkości kadr geriatrycznych i o działaniach ministra zdrowia w zakresie tworzenia i poprawy kompetencji kadr innych niż lekarze w zakresie opieki geriatrycznej mówiliśmy wielokrotnie, także minister zdrowia wielokrotnie przedkładał swoje raporty, jeśli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym to krótkie wystąpienie zakończyć na tym etapie, oczywiście, zgłaszając naszą pełną otwartość i na pewno pana prezesa do dalszej dyskusji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Podążając za pana propozycją, proponuję, abyśmy oddali teraz głos panu prezesowi NFZ. Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Po przyjęciu oczywiście do koszyka gwarantowanych świadczeń stosownych zapisów NFZ dostosuje zapisy i będzie dofinansowywał świadczenia w ramach umów ze świadczeniodawcami, to jest, po pierwsze, w tym głównym zakresie. Po drugie, na co też warto zwrócić uwagę, ta ewaluacja form świadczeń siłą rzeczy będzie musiała następować i następuje w kierunku form opieki ambulatoryjnej jednodniowej w miejsce *stricte* hospitalizacji. Wreszcie w tej chwili trwają prace nad złożeniem wniosku, który pośrednio również będzie miał wpływ na opiekę nad osobami starszymi, ponieważ są to osoby korzystające w największym zakresie ze świadczeń w zakresie opieki koordynowanej, również finansowanych ze środków publicznych. Ustawa, którą Sejm przyjął, i która weszła w życie 1 stycznia tego roku, taką możliwość też przewiduje. No i tak samo, jak pan minister wspomniał, tę integrację współpracy czy promowanie współpracy z instytucjami pomocy społecznej NFZ również wykona poprzez stosowne zmiany w zarządzeniach i tym samym zapisach umów ze świadczeniodawcami. Tak w dużym skrócie można pokazać po stronie wykonawczej, jak to będzie mogło być realizowane.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, przepraszam, musiałem skonsultować z panem ministrem jego dyspozycyjność czasową. Szanowni państwo, żeby rozszerzyć naszą wiedzę, także wspólną wiedzę na temat wielkich zespołów geriatrycznych, poprosiłem kilku ekspertów o wystąpienia w tym obszarze. Jeśli państwo pozwolą, chciałbym w następującej kolejności poprosić o zabranie głosu: panią profesor Katarzynę Wieczorowską-Tobis, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii, następnie panią profesor Krystynę Księ-

żopolską-Orłowską, konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej, panią profesor Iwonę Grabską-Liberek, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki, sekretarza Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk Krzysztofa Kochanka, panią docent Agatę Szkiełkowską, konsultanta wojewódzkiego ds. audiologii i foniatrii, panią profesor Danutę Ryglewicz, kierownika Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz pana Tadeusza Parnowskiego, kierownika Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ze względu na czas, którym dysponuje Komisja, chciałbym, aby te wystąpienia były bardzo krótkie, wprowadzające do tematu. Bardzo proszę, zaczniemy od pani profesor Wieczorowskiej-Tobis.

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Tematem mojego wystąpienia są wielkie zespoły geriatryczne i bardzo krótko przybliżę państwu problem, który wiąże się z wielkimi zespołami geriatrycznymi. W przypadku, kiedy zajmujemy się osobami starszymi, to tak naprawdę powinniśmy się zajmować ich sprawnością funkcjonalną. Sprawność funkcjonalna, czyli sprawność w zakresie funkcji życiowych, jak państwo widzą po lewej stronie tego slajdu, może być taka, o jakiej marzymy, może być trochę gorsza i jeszcze gorsza. Obciążająco na sprawność funkcjonalną wpływają właśnie wielkie zespoły geriatryczne. Wielkie zespoły geriatryczne, określane mianem geriatrii *the giants* w języku angielskim, to są, tak jak mówił pan minister, przewlekłe zespoły wieloprzyczynowe, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla życia, zagrażają natomiast sprawności starszych chorych. W związku z tym ważne jest, żeby diagnozować je jak najwcześniej, żeby jak najwcześniej podejmować działania terapeutyczne po to, aby do niesprawności nie doszło, a jeśli nie możemy tej niesprawności zapobiec, żeby była ona jak najmniejsza. Mówimy zatem o optymalizacji sprawności funkcjonalnej.

Klasycznie od wielu lat do wielkich zespołów geriatrycznych należy osiem zespołów: otępienie, depresja, upadki, ograniczenia mobilności, zaburzenia wzroku i słuchu oraz nietrzymanie moczu i stolca. Zalicza się do nich wszystkie problemy spełniające tę definicję, czyli proszę zwrócić uwagę, że również niedożywienie, sarkopenię i np. zaparcia. Warto zdać sobie sprawę, że wielkie zespoły geriatryczne mają trzy grupy przyczyn. Mają zawsze tendencję, która wynika z wieku, i to jest bardzo ważne, żeby sobie to uświadomić, że kiedy mamy 70 czy 80 lat, to wystąpienie wielkich zespołów geriatrycznych jest dużo bardziej prawdopodobne niż kiedy jesteśmy młodzi. Po drugie, mamy zawsze u pacjentów z wielochorobowością współistniejące choroby i leki. I wreszcie ważne jest to, żebyśmy sobie zdawali sprawę, że wszystkie wielkie zespoły geriatryczne mają grupę przyczyn środowiskowych. Jeśli zatrzymamy się krótko na wybranym zespole, którym jest nietrzymanie moczu, to mamy, tak jak państwo widzą, przyczyny wynikające ze starzenia – zmiany w obrębie cewki moczowej, pęcherza, które występują u wszystkich w wieku 70 czy 80 lat, ale mamy też inną dobową produkcję moczu, gorszą trochę, niestety sprawność fizyczną i wolniejsze reakcje odruchowe. To wszystko sprzyja temu, że jeśli zdarzy się dodatkowa patologia, która może wywołać nietrzymanie moczu, tak jak każdy inny zespół geriatryczny u osób starszych wywoła go dużo łatwiej niż u młodych. W wypadku chorób, oczywiście, infekcji czy w ogóle chorób dróg moczowych, ale również chorób takich jak cukrzyca, czy niewydolność nerek, warto pamiętać o lekach. Z jednym z podstawowych leków, najczęściej powodującym ten akurat wielki zespół geriatryczny, wiąże się makabryczny problem, ponieważ pacjenci nie przyznając się do problemu, przestają brać lek i po kilku dniach, ponieważ wychodzą i nie mają odpowiedniego dostępu do ubikacji, mają już bardzo duże obrzęki i wtedy sami dawkują sobie *furosemid* i nie muszę państwu mówić, że bardzo często to się źle kończy.

Wreszcie, mamy środowiskowe czynniki, tu akurat nieprzystosowanie toalet i niewielka ich dostępność. Ale mówiąc o nieprzystosowaniu toalet, mówię również o braku świadomości tego, że toalety również w domach powinny być przystosowane do możliwości ich używania.

Niebezpieczeństwo wielkich zespołów geriatrycznych, tak jak tu państwo widzą, wiąże się z tym, że tworzą takie kaskady, czyli stopnie, gdzie na każdym kolejnym mamy coraz większy problem.

Wybrałam dla państwa upadki polekowe, czyli mamy osobę starszą, która zaczyna stosować jakieś leki nasenne. W związku, z tym że leki te pogarszają koordynację psychoruchową, działają relaksacyjnie, osoba upada, łamie się i mamy niesprawność funkcjonalną, a powrót do sprawności po złamaniu jest tym mniej prawdopodobny, im starsza jest upadająca osoba. Ale wielkie zespoły geriatryczne również wchodzą w takie cykle geriatryczne, czyli wzajemnie na siebie oddziałują. Proszę zobaczyć, że niedożywienie, jako jeden z zespołów geriatrycznych, powoduje, że organizm, któremu nie dostarczamy energii, zaczyna zużywać energię mięśni i w związku z tym bardzo nasila się sarkopenia. Pogarsza się zatem mobilność, co prowadzi do upadków, upadki są czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu, izolacji społecznej, depresji i mamy kolejne nasilenie – wystąpienie niedożywienia. To klasyczne błędne koło jest tylko jednym z błędnych kół, których jest bardzo dużo i wszystkie mają komponenty wielkich zespołów geriatrycznych. A jak spojrzą państwo na ten slajd, to zobaczą, że oddziaływanie i wzajemne ryzyko wystąpienia wielkich zespołów geriatrycznych jest znacznie bardziej skomplikowane niż tylko ten cykl.

I teraz musimy zdać sobie sprawę, że wielkie zespoły geriatryczne bardzo często wynikają ze złego stosowania leków. Pięć i więcej stosowanych leków zwiększa ryzyko upadków. Mamy coś takiego jak przejściowe nietrzymanie moczu, wśród którego przyczyn bardzo ważne są pobierane przez osoby starsze leki. Mamy tych przykładów dużo więcej. Wielkie zespoły geriatryczne to tak naprawdę konieczność wspomnienia o tzw. zespole kruchości. Zespół kruchości, który stanowi kwintesencję geriatrii, oznacza, że niewielka rzecz może spowodować rozsypanie się homeostazy, to oznacza krucha homeostaza. I w związku z tym wielkie zespoły geriatryczne wymagają szczególnego podejścia.

Wielkie zespoły geriatryczne wymagają w diagnostyce włączenia całościowej oceny geriatrycznej. Całościowa ocena geriatryczna obejmuje wiele rozmaitych elementów, ale tak naprawdę na podstawowym poziomie obejmuje badania przesiewowe w kierunku najważniejszych zespołów geriatrycznych, czyli w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych, w kierunku zaburzeń nastroju, w kierunku upadków, zaburzeń odżywiania czy wreszcie zawsze wymaga rewizji pobieranych przez osoby starsze leków. Przykłady skal stosowanych w całościowej ocenie geriatrycznej mają państwo tutaj. Proszę na nie spojrzeć, żeby zrozumieć, że wykonanie każdej z nich wymaga poświęcenia odrobiny czasu i pochylenia się nad problemem. Dzięki zmianom w programie nauczania mamy w tej chwili geriatrię, której zaczniemy uczyć w przyszłym roku wszystkich studentów, więc mamy nadzieję, że podstawy całościowej czy kompleksowej oceny geriatrycznej będą znali wszyscy. Analiza tego jest tak naprawdę celem specjalizacji z geriatrii po to, aby diagnozując kilka zespołów jednocześnie i zaczynając je leczyć, nie doprowadzać do wzajemnej konkurencji, tylko decydować tak, żeby było to z dobrem dla pacjenta.

Wreszcie, na koniec, chcę jeszcze wspomnieć o projekcie, który wykonaliśmy w latach 2007-2011, to jest projekt PolSenior, który ma pełną nazwę – widzą państwo po lewej stronie – Aspekty Medyczne, Psychologiczne, Socjologiczne i Ekonomiczne Starzenia się Ludzi w Polsce. To jest projekt, który był zamawiany i który finansowało ministerstwo nauki i informatyki, gdzie udało się w Polsce nie tylko określić częstość poszczególnych zespołów geriatrycznych, ale również wzajemne oddziaływanie tych zespołów, ich związek z niesprawnością funkcjonalną. Niestety, projekt miał charakter jednorazowy i nie jest w tej chwili kontynuowany, jakkolwiek w jednym z wniosków projektu znalazła się konieczność diagnostyki i leczenia wielkich zespołów geriatrycznych. Tak jak mówił pan minister, to był rzeczywiście ogromny projekt naukowców z bardzo różnych dziedzin i jesteśmy z niego bardzo, bardzo dumni i mam nadzieję, że będziemy go w stanie kontynuować.

Bardzo dziękuję. Życzę państwu wszystkim takiej sprawności, jak jednej z osób na tym zdjęciu. Jak widać, nie jest to sprawna stulatka, bo ma tylko jeden wielki zespół geriatryczny, czyli niewielkie zaburzenia widzenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo, pani profesor konsultant. Z tym optymistycznym akcentem poproszę o zabranie głosu panią profesor Krystynę Księżopolską-Orłowską, konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej Krystyna Księżopolska-Orłowska:

Szanowni państwo przewodniczący, panie ministrze, szanowni koledzy. Chciałabym powiedzieć, że chyba najgorszym następstwem i zagrożeniem dla życia osoby starszej, takim, które powoduje cierpienie, które jest powodem ograniczonej mobilności, są upadki. Wiemy, że w procesie starzenia istnieje nieostra granica między stanem zdrowia i chorobą. Dlatego bardzo ważne jest oprócz tego geriatrycznego podejścia również zwrócenie uwagi na promocję zdrowia i na profilaktykę. Niezwykle istotną rolę odgrywa też prawidłowo dobrana i prawidłowo prowadzona rehabilitacja.

Starzenie to jest fizjologia i obejmuje w zasadzie wszystkie układy: narządy wewnętrzne, układ oddechowy, krwionośny, ośrodkowo-obwodowy układ nerwowy. Ale dla mobilności najważniejsze jest objęcie procesem starzenia narządu ruchu. I tu dochodzi do zaburzeń metabolizmu kości, obniżenia wytrzymałości mechanicznej kości, powstania osteoporozy. Dochodzi do zaników mięśniowych, o których tutaj pani profesor, moja przedmówczyni, mówiła dosyć dużo, gdy oprócz tego, że spada siła, jeszcze spada wytrzymałość, ale również współpraca poszczególnych grup mięśniowych, co nie jest bez znaczenia. Dochodzi do zmniejszenia elastyczności tkanki łącznej, więzadeł, ścięgien, powięzi, do zaburzeń metabolizmu chrząstki, co objawia się zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie stawów obwodowych i stawów kręgosłupa. Oprócz tego są choroby współistniejące, tak tutaj ładnie wspomniane. Ja bym chciała zwrócić szczególną uwagę, że choroby układu nerwowego, szczególnie ośrodkowego układu nerwowego skutkujące dużą niepełnosprawnością w wyniku udaru, też mają ogromny wpływ na możliwości pacjentów, na ich funkcjonalność, na mobilność. Co jest skutkiem zmian związanych z wiekiem? Przede wszystkim zmiana postawy ciała, dochodzi do utraty wzrostu, zaniku mięśni, zaburzeń w poruszaniu się na skutek braku koordynacji ruchów, zaburzeń równowagi, to wszystko będzie sprzyjało upadkom. Zmieniają się warunki pracy stawów, zmienia się kształt klatki piersiowej i jamy brzusznej, w związku z tym powstają zespoły przeciążeniowe wielomiejscowe, które są źródłem bólu i które powodują, że chory ma problemy z mobilnością.

Co to jest upadek? Jest to nagła, niezamierzona zmiana pozycji ciała z poziomu dotychczas zajmowanego na niższy – najprostsza definicja. I okazuje się, że u kobiet po 60. roku życia aż u 35% zdarza się upadek co najmniej raz w roku, a po 80. roku życia u 50% kobiet co najmniej raz w roku zdarza się upadek. Najgorsza jest sytuacja osób, które przebywają w domach pomocy społecznej, dlatego że okazuje się, że po 65. roku życia, jak podaje literatura, około 80 % tychże kobiet upada co najmniej raz w roku. Kobiety upadają pięciokrotnie częściej niż mężczyźni, ale u mężczyzn upadek zawsze rodzi gorsze następstwa, jeżeli chodzi o stan ogólny i o wystąpienie złamań. W literaturze podaje się 400 powodów upadku, tzw. czynników ryzyka upadku. Najważniejsze, które w zasadzie każdy z nas, pracujący z pacjentem, jest w stanie zauważyć, to przede wszystkim wiek, płeć, wielochorobowość i leczenie, o czym już dzisiaj była mowa. Istnieją tzw. czynniki wewnętrzne, czyli oprócz osłabienia siły mięśniowej także poprzedni upadek będzie czynnikiem ryzyka kolejnego upadku, jak również: zaburzenia chodu, równowagi, urządzenia, które wspomagają chód, zaburzenia widzenia, choroba zwyrodnieniowa powodująca ograniczenie ruchów w obrębie stawów szczególnie kończyn dolnych, depresja, lęk, zaburzenia pamięci, omdlenia ortostatyczne, które wcale nie są tak rzadkie. Łatwiej jest nam walczyć z zewnętrznymi czynnikami ryzyka – a są to: złe oświetlenie, przeszkody na drodze przemieszczania, nierówne powierzchnie, ruch uliczny, często brak poręczy czy uchwytów ułatwiających zmianę pozycji w toalecie czy wstania z fotela, nieodpowiednie obuwie.

Co rodzi upadek? Zwykle skutkiem upadku jest złamanie. I okazuje się, że100% złamań przedramienia, czyli typowych dla osteoporozy związanej z wiekiem, następuje w wyniku upadku. Jeśli chodzi o bliższy koniec kości udowej, czyli tzw. złamanie w obrębie stawu biodrowego – aż 90% tych złamań jest skutkiem upadku. Jeśli chodzi o kręgosłup, to 25% jest skutkiem upadku, ale bardzo często kręgosłup łamie się w sposób niedostrzeżony i dopiero na prześwietleniach przeglądowych klatki piersiowej zauważamy,

że jest kompresyjne, powolne złamanie trzonu kręgowego, co też znacznie ogranicza chociażby możliwości oddechowe u chorych.

Co jest następstwem złamań? Następstwem jest ograniczenie możliwości codziennego życia, znaczne ograniczenie mobilności, postępująca niesamodzielność, wysokie ryzyko śmierci, np. po złamaniu bliższym nasady kości udowej możemy mieć nie tylko pierwotne powikłania, ale i wtórne, np. odleżyny; przy złamaniach kręgów może dochodzić do niewydolności oddechowej, co oczywiście rodzi wysokie koszty społeczne, w postaci zarówno leczenia złamania, jak i następstw złamania w postaci dodatkowych chorób czy opieki nad tymi chorymi. I okazuje się, że na skutek złamania, np. kręgu, jedna na pięć kobiet ulegnie kolejnemu złamaniu w ciągu roku, a złamanie kręgu zwiększa ryzyko wystąpienia złamania w okolicy biodra w ciągu 3-4 lat. W następstwie złamania w okolicy biodra 50% osób doznających tego złamania traci zdolność samodzielnego poruszania, co piąta kobieta i co trzeci mężczyzna mimo dobrego postępowania, dobrego leczenia umiera w pierwszym roku po złamaniu – tak mówi literatura, tak mówią statystyki.

W związku z tym możemy również wpływać rehabilitacją na redukcję czynników ryzyka upadku skutkującego najczęściej złamaniem. Rehabilitację należy rozumieć jako profilaktykę, czyli aktywność fizyczną, którą powinniśmy uprawiać, traktując jak leczenie, w celu przede wszystkim zapobiegania upadkom, ale i poprawy mobilności, poprawy jakości życia. W profilaktyce jest ważna codzienna aktywność ruchowa w postaci ćwiczeń, marszów, spacerów, które będą wpływały na strukturę kości; nauka bezpiecznego wykonywania czynności dnia codziennego, niezwykle istotna, np. eliminacja ruchów zgięcia i rotacji kręgosłupa będzie zapobiegała kolejnym złamaniom kręgów; nauka bezpiecznych zachowań, szczególnie przy zmianie pozycji ciała; sport, rekreacja, które powinny być dobrane do możliwości. Jak również edukacja, która będzie uwzględniała przede wszystkim zewnętrzne czynniki ryzyka złamań. I oto przykłady. Nauka prawidłowej zmiany pozycji z siedzącej na stojącą – bardzo istotne jest, żeby osoba, która ma problemy z równowagą czy z osłabieniem mięśni, miała wygodny fotel z podpórkami. Nauka prawidłowego przechodzenia z pozycji leżącej na plecach do siadu – tego trzeba nauczyć, szczególnie jest to ważne w wypadku osób z zaburzeniami ortostatycznymi, z dużymi dysfunkcjami w obrębie stawów obwodowych. Podnoszenie z upadku – wiadomo, że upadku uczyć nie będziemy, bo jest to groźne, tego uczą w szkołach aktorskich, a my musimy nauczyć pacjenta, w jaki sposób może podnieść się, jeżeli upadnie. Ćwiczenie z obciążeniem ciężarem własnym ciała, aerobic, marsze, spacery, teraz świetne rozwiązanie to jest *nordic walking,* które pozwoli nie tylko na odciążenie kości, poprawę ogólnej wydolności, ale i odciążenie stawów kończyn dolnych. Ćwiczenia siłowe – bardzo przyjemne w basenie, jak również koordynacyjne i równoważne, tutaj ćwiczenia *tai chi* są niezwykle ważne. Ćwiczenia relaksacyjne, polegające na umiejętnym rozluźnianiu napiętych mięśni, to są ćwiczenia jogi. Ćwiczenia gibkości, które mają za zadanie zwiększyć amplitudę ruchów kończyn i tułowia, rozciągnąć, poprawić elastyczność tkanek.

Jeśli chodzi już o leczenie – ma ono na celu zapobieganie narastaniu i utrwalaniu deformacji. Oczywiście, tym chorym zwykle towarzyszy ból o różnym stopniu nasilenia, i tu w leczeniu musimy uwzględnić przede wszystkim poprawę i powrót w miarę możliwości do prawidłowej postaci ciała, poprawę siły, współpracy mięśni, uzyskanie prawidłowego zakresu ruchów, jak również zniesienie i złagodzenie bólu. Możemy to uzyskać poprzez kompleksową rehabilitację, co znaczy, że oprócz fizjoterapii, czyli kinezyterapii, fizykoterapii będzie włączony w to terapeuta zajęciowy, psychoterapeuta, jak również będzie zaopatrzenie ortopedyczne odpowiednio dobrane, a przy tym pacjenta należy nauczyć, jak go używać, to też jest niezwykle ważny element.

Dziękując za uwagę, chciałabym powiedzieć, że jedną z najlepszych form utrzymania dobrej kondycji jest taniec, proszę państwa. Bo on ma wpływ na cały nasz organizm, na wszystkie układy, które mamy. I życząc wszystkim osobom profilaktyki – zacząwszy od 35 lat, bo wtedy rozpoczyna się sarkopenia i zanikają pierwsze włókna mięśniowe – właśnie takich treningów, dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję, pani profesor, za ciekawe wystąpienie i prezentację. Teraz poproszę panią profesor Iwonę Grabską-Liberek, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki. Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki Iwona Grabska-Liberek:

Dzień dobry państwu. Dziękuję bardzo za zaproszenie. Wszystkie tematy są ważne, ale myślę: cóż, byłoby jeszcze gorzej, gdyby nie wzrok. Jeżeli będziemy sprawni, będziemy widzieć, to jakoś jeszcze będzie, ale jeżeli nie będziemy widzieć, będziemy ślepi, to już przyjdzie nam tylko umierać, chyba. Proszę spojrzeć – okulistyka jest drugim powodem wzrostu hospitalizacji w populacji powyżej 60. roku życia i ta liczba osób ciągle rośnie.

Zajmiemy się kilkoma schorzeniami związanymi z zespołami geriatrycznymi. Drugą, a właściwie trzecią przyczyną ślepoty są z reguły plamki związane z wiekiem, która jest nazywana epidemią ślepoty i jest to niestety ślepota nieodwracalna. Plamka jest taką strukturą w oku, która jest odpowiedzialna za ostre widzenie, w związku z tym zmiany w tej plamce niestety pogarszają widzenie dosyć znacznie i nieodwracalnie. Może się to stać nawet w ciągu kilku miesięcy. Szacuje się, że w Polsce na zwyrodnienie plamki choruje od 1.200 tys. do 1.500 tys. osób, z tego na postać wysiękową, tę właśnie, która jest powodem dramatycznego pogorszenia wzroku, choruje około 130 tys. i z każdym rokiem przybywa do 15 tys. nowych zachorowań. Oczywiście, częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. Według danych ONZ z listopada 2014 r., w kategorii przypadków stabilnych, oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia AMD (z ang. *Age-Related Macukular Degneration*), w kolejkach w 60% oddziałów czeka około 2 tys. osób. Czterysta pilnych przypadków zakwalifikowanych już do leczenia – a jak powiedziałam, kilka miesięcy to już bardzo dużo – oczekuje w 30% oddziałów. Co czwarty niepełnosprawny w Polsce ma uszkodzenie wzroku. Po 50. roku życia stanowi to 87% wszystkich niepełnosprawnych. Drugą co do wielkości grupą wiekową są osoby pomiędzy 50 a 59 lat, proszę zauważyć, to są osoby cały czas w wieku produkcyjnym.

Wydatki ogólne na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w grupie choroby oka i przydatków oka rosną z roku na rok. W 2012 r., porównując 2010 do 2012 r., wzrost wydatków na świadczenia wskutek niezdolności do pracy z powodu chorób oczu wyniósł aż 37%. Liczba dni absencji chorobowych to aż 87 tys. W oparciu o dane ZUS szacuje się, że całkowity koszt pośrednich chorób siatkówki mógł wynieść w 2011 r. nawet 490 mln zł, stanowiąc blisko pięciokrotność kosztów leczenia.

Zanim powiem o następnych slajdach, chciałabym powiedzieć o tym, że 1 maja tego roku wszedł program lekowy dotyczący leczenia wysiękowej postaci AMD, on jest w trakcie opracowywania…

Głos z sali:

Obowiązuje…

Konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki Iwona Grabska-Liberek:

Tak, tak, on obowiązuje, ale chodzi mi zasady. Program jest przyjęty, obowiązuje, ale jeszcze nie zostały określone zasady, nie został powołany zespół koordynacyjny. Jest jeden haczyk w tym programie – jak będzie wyceniony. Oczywiście, za lek jest płacona pełna suma, ale chodzi o to, jak będzie wyceniona – to są głosy, ja nie mówię tylko o sobie, to są głosy z rejonu, że tak powiem – jak będzie wyceniona diagnostyka i iniekcja. Jeżeli te procedury będą wycenione na poziomie takim, że się nie „zsamosfinansuje" ten program, niestety, są głosy, że duża część szpitali finansowanych nie wejdzie do tego programu, bo trzeba będzie dokładać, a nie ma z czego.

Drugie schorzenie, również genetyczne, które jest przyczyną utraty wzroku, to cukrzycowy obrzęk plamki. Chciałabym podkreślić, że na cukrzycę choruje około 2 mln osób w Polsce, a milion osób nie wie, że choruje, czyli możemy myśleć, że około 3 mln osób choruje na cukrzycę, z tego 5% osób ma cukrzycowy obrzęk plamki, co nie jest małą grupą. Ale cukrzycowy obrzęk plamki jest jednostką odwracalną i tutaj mój apel do naszych przedstawicieli o przeprowadzenie badań epidemiologicznych, które ostatnio były wykonywane w 1997 r. przez profesora Tatonia, a następnie stworzenie jednorod-

nej grupy, bądź też może programu lekowego, który pozwalałby na iniekcje… cukrzycy, bo to jest jedyna metoda, która skutecznie może obniżyć inwalidztwo z tego powodu.

Jeżeli chodzi o wiedzę pacjentów na temat schorzeń siatkówki, właściwie jej nie mamy. Jest to takie wyzwanie dla nas, także okulistów, co staramy się robić, i spotykać się z pacjentami. Nawet na stronie internetowej „popełniłam" taki film instruktażowy dla pacjentów o cukrzycowym obrzęku plamki, ponieważ ta wiedza jest dosyć mała. Proszę popatrzeć, że 30% ankietowanych posiada wiedzę na temat schorzeń oczu.

Przejdźmy teraz do zaćmy, czyli pierwszej, a właściwie głównej nie tylko w Polsce, ale i na świecie, przyczyny utraty wzroku. Ale jest to utrata odwracalna w porównaniu do plamki. Niestety, na zaćmę choruje około 14% populacji, jak wiemy, koszty wykonania operacji usunięcia zaćmy są niewielkie, wzrost kosztów z roku 2011 do 2013 r. jest niewielki, wynosi około 6% tylko dlatego, że zostały jednak obniżone procedury usunięcia zaćmy, o czym wiele się ostatnio mówiło. NFZ wydaje tylko na leczenie zaćmy około 2%, ale gdybyśmy chcieli pokryć całość zapotrzebowania, musiałby wydać 9%. Jest to oczywiście nierealne. W związku z tym wygląda to tak, że dwóch potrzebujących leczenia musi obsłużyć ten, co płaci składki, czyli jeden, który finansuje leczenie, na dwóch potrzebujących leczenia. Mogę powiedzieć o woj. mazowieckim, ale takie same dane zbieramy z całej Polski. Systematycznie zmniejszają się wpływy finansowe do NFZ, rosną natomiast potrzeby medyczne i niestety ten dostęp się zmniejsza. Wiemy już teraz, że 23% wszystkich wydatków związanych z ochroną zdrowia pokrywane jest z prywatnych środków gospodarstw domowych, taka jest prawda, taka jest rzeczywistość i nie ma tego co ukrywać, nie jest to nic złego. Dlatego apeluję, żeby jednak może rozważyć współpłacenie pacjenta za niektóre procedury, co pozwoliłoby na zwiększenie ich liczby i na wyższą jakość leczenia. W opinii pacjentów – to już są wydatki niewystarczające na leczenie okulistyczne. Są regiony w Polsce, gdzie praktycznie pacjenci nie mają dostępu do świadczeń okulistycznych. Nie istnieje także profilaktyka schorzeń wzroku.

Jeszcze jest jaskra, o której nie wspomniałam, która jest takim podstępnym zabójcą wzroku, także związana z wiekiem.

Nie edukujemy społeczeństwa, staramy się, ale jednak ciągle za mało. Żeby skorzystać z obecnie refundowanych metod czekamy nawet w kilkuletnich kolejkach. Brakuje rzetelnej informacji dla chorego, dokąd powinien się udać, aby uzyskać określone świadczenie, jakie mu przysługują prawa, jakie leczenie w ramach refundacji mu się należy, a jakie się nie należy. Tak że myślę, że to wszystko jest jeszcze przed nami do zrobienia.

Dziękuję bardzo za materiały, z których korzystałam. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor za pogłębienie wiedzy w dziedzinie okulistyki. Teraz poproszę o łączne wystąpienia pana profesora Krzysztofa Kochanka, sekretarza Komitetu Nauk Klinicznych PAN, oraz panią docent Agatę Szkiełkowską, konsultanta wojewódzkiego ds. audiologii i foniatrii.

Kierownik kliniki w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu Krzysztof Kochanek:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo. Pozwolę sobie wystąpić z tego miejsce i powiedzieć kilka słów na temat zaburzeń słuchu u osób w wieku podeszłym. Odpowiadając na apel pana przewodniczącego, powiem krótko o tym problemie, ponieważ podczas ostatniego posiedzenia w Sali Kolumnowej mówiliśmy znacznie szerzej na temat tego problemu. Chciałbym podkreślić jeszcze raz dobitnie pewne fakty, które poświadczają, jak duża jest waga tego problemu zaburzeń słuchu u osób w wieku podeszłym.

Wiemy, że zaburzenia słuchu wzrastają wraz z wiekiem, ale rzeczywiście w wieku podeszłym skala tego zjawiska jest bardzo duża. Ponad 70% osób powyżej 65. roku życia ma różnego rodzaju problemy związane ze słuchem. O tych problemach, aspektach medycznych i możliwościach pomocy powie pani profesor Szkiełkowska. Chcę powiedzieć, że jesteśmy w tej szczęśliwej sytuacji, że jest to dziedzina, w której rzeczywiście, jeżeli wcześnie wykryjemy pewne zaburzenia słuchu, jesteśmy w stanie bardzo skutecznie pomóc osobom w wieku podeszłym. Ale warto też pamiętać, mówiąc o tym problemie i wielkich zespołach geriatrycznych, że zaburzenia słuchu są jednym z dwóch najważ-

niejszych czynników, oprócz zaburzeń procesów poznawczych, które znacznie wpływają na ograniczenie komunikacji z otoczeniem. Więc mamy klucz do rozwiązania tego problemu poprzez odpowiednie zaopatrzenie w taką czy inną pomoc pacjenta z zaburzeniami słuchu. Problemem jest również to, o czym wspominałem podczas posiedzenia w Sali Kolumnowej, że często nie mamy świadomości, że możemy z tego skorzystać. Pomoc jest niezwykle skuteczna, ale musimy to zrobić bardzo wcześnie. Przytaczałem państwu fakty, które wskazują, że pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów zaburzeń, które już wpływają na ograniczenie procesu komunikacji z otoczeniem, do momentu, kiedy ta osoba zjawia się u lekarza, upływa kilkanaście lat. Problemem jest również to, że osoby w wieku podeszłym także z powodów ekonomicznych często obawiają się, że jeśli zgłoszą ten problem i skierują się z nim do lekarza, to dalsze postępowanie narazi ich na pewne koszty.

Niewątpliwie chciałem podkreślić ogromną wagę znaczenia badań przesiewowych, o czym była mowa wcześniej, w pierwszym wystąpieniu. W odniesieniu do osób w wieku podeszłym waga tych badań przesiewowych jest może nie aż tak duża, bo trudno sobie wyobrazić, żeby, podobnie jak chociażby w badaniach przesiewowych słuchu u noworodków, objąć badaniami przesiewowymi słuchu wszystkie osoby w wieku podeszłym. To jest po prostu nierealne, bo tej grupy docelowej nie jesteśmy w stanie zgromadzić w jednym miejscu czy dotrzeć do tej grupy. To, co powinniśmy zrobić myśląc o wieku podeszłym i działaniach wyprzedzających, to badania przesiewowe u osób w wieku dorosłym. W tej chwili nasze społeczeństwo doskonale posługuje się multimediami, to nie jest już domena osób młodych, które wykorzystują aparaty komórkowe najnowszej generacji. Osoby w wieku 50-60 lat korzystają z multimediów i uważamy, że to szansa dla wzrostu świadomości, poprawy stanu osób w wieku podeszłym z problemami zaburzeń słuchu, bo kluczem do tego wszystkiego są badania przesiewowe realizowane poprzez nowoczesne multimedia.

Realizujemy w tej chwili w instytucie, przy współpracy z akademią nauk, różne programy, które mają pokazać, że te nowoczesne narzędzia, które mamy na co dzień do dyspozycji, można doskonale wykorzystać do celu właśnie badań przesiewowych. Uruchomiliśmy kilka prac, które pokazują, że to, co już w tej chwili oferuje rynek za darmo, jeżeli państwo skorzystają… Najważniejszym problemem tak naprawdę jest świadomość społeczna, że są te możliwości i trzeba z nich skorzystać. Jeżeli państwo wpiszą do przeglądarki hasło „badania przesiewowe słuchu osób dorosłych”, to wyskakuje wiele propozycji; niektóre firmy oferują za darmo programy, którymi możemy zbadać słuch. Oczywiście, to nie są tej samej jakości badania, jak w pracowni audiometrycznej czy audiologicznej, ale możemy dostać pierwsze sygnały z tego badania, które jakby uświadomią, że problem jednak jest i warto do lekarza się skierować. Więc, naszym zdaniem, waga działań, które widzimy w przyszłości, żeby pomóc osobom w wieku podeszłym – bo możliwości medyczne, terapeutyczne są – jest taka, że należy społeczeństwu czy osobom w wieku dorosłym uświadamiać, że te możliwości mamy i że możemy sami zbadać słuch przy pomocy nowoczesnych multimediów.

To tyle, jeżeli można, tytułem krótkiego wprowadzenia do aspektów medycznych, o których powie pani profesor. W każdym razie podkreślam jeszcze raz, że kluczem do pomocy osobom w wieku podeszłym – a skala tych problemów jest ogromna – są badania przesiewowe. W Polsce doskonale został załatwiony problem badań przesiewowych słuchu u noworodków. Z jednego powodu ten program warto robić, bo wiemy, że jeżeli wykryjemy bardzo wcześnie u noworodka zaburzenia słuchu, to jesteśmy w stanie przy pomocy nowoczesnych technologii te dzieci skierować do normalnego przedszkola, do normalnej szkoły bez potrzeba tworzenia w przyszłości specjalnych miejsc pracy. Ale warunkiem jest jak najwcześniejsze wykrycie zaburzeń słuchu niezależnie od wieku. To również dotyczy osób dorosłych. Jeżeli nie wykryjemy zaburzeń w wieku dorosłym, w wieku 50-60 lat, to skutkuje to później ograniczeniem komunikacji w wieku podeszłym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu profesorowi. Poproszę o zabranie głosu panią profesor Agatę Szkiełkowską.

Konsultant wojewódzki ds. audiologii i foniatrii Agata Szkiełkowska:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Mój przedmówca już powiedział, że słuch jest bardzo ważnym elementem w rozwoju procesu komunikowania się, warunkuje prawidłowy rozwój głosu, który jest nośnikiem mowy oralnej i to umożliwia nam komunikowanie się, podtrzymywanie więzi międzyludzkich czy zdolność właściwego postępowania w różnych sytuacjach społecznych i zawodowych. Zatem eliminacja tego czynnika niestety będzie powodowała różnego rodzaju w tym obszarze skutki, które będą nieodwracalne.

Charakterystyczne dla zaburzeń słuchu u osób w wieku starszym jest pogorszenie czułości słuchu w zakresie wysokich częstotliwości. To oznacza, proszę państwa, że będzie utrudnione rozróżnianie różnych segmentów spółgłoskowych, a to z kolei będzie pogarszało rozumienie mowy, zwłaszcza tempo wypowiedzi. To z kolei może doprowadzić do izolacji społecznej tych osób, dlatego że trudność będą w kontaktach międzyludzkich niestety odczuwały coraz bardziej.

Uszkodzenie słuchu jest współcześnie uważane za czynnik, który sprzyja rozwojowi upośledzenia funkcji poznawczych. Co więcej, uznaje się, że jest to jeden z ważniejszych czynników rozwoju demencji starczej, a więc ma podobne znaczenie jak wiele chorób ogólnoustrojowych dla starzejącego się społeczeństwa. Tutaj należy również podnieść taki aspekt zaburzeń głosu i mowy u tych osób, dlatego że słuch gwarantuje rozwój głosu, zatem jeśli będzie on zaburzony, może prowadzić do tzw. prezbifonii w przebiegu *presbi acusis*. Dzisiaj medycyna, jak powiedział pan profesor Kochanek, ma wiele sposobów, właściwie dzisiaj wszystkim osobom w wieku podeszłym jesteśmy w stanie pomóc i to zarówno w zakresie słuchu, jak i w zakresie głosu. Bo prezbifonia jest taką jednostką chorobową, która powoduje niewydolność fonacyjną na skutek zmian morfologicznych w obrębie fałdów głosowych, zatem ten głos jest bardzo słabym nośnikiem mowy i dzisiaj też możemy już w tym pomóc. Jest tylko problem pewnej świadomości społecznej i to chciałam podkreślić, świadomości społecznej również wśród nas, lekarzy.

W związku z tym w podsumowaniu chciałabym podkreślić, że należałoby podjąć działania, które, z jednej strony, poprawiłyby ogólnie świadomość społeczną w zakresie możliwości medycznych i pomocy terapeutyczno-rehabilitacyjnej tej grupie pacjentów, ale również działania, które poprawiłyby dostępność do placówek w wyprofilowanym zakresie badań słuchu i w zakresie terapii i rehabilitacji naszych pacjentów, z jednej strony, a z drugiej – edukację środowiska medycznego o możliwościach dzisiejszej medycyny w zakresie poprawy procesu komunikatywnego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Serdecznie dziękuję państwu za tę prezentację dotyczącą zaburzeń słuchu u osób starszych. Poproszę teraz panią profesor Danutę Ryglewicz, kierownika Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Bardzo proszę, pani profesor.

Kierownik Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Danuta Ryglewicz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, dziękuję za zaproszenie. Proszę państwa, wiodącym tematem dzisiejszego spotkania, tej jednej części, jak pan przewodniczący podkreślił, są wielkie zespoły geriatryczne. W związku z tym chciałabym podkreślić znaczenie sformułowanego przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, WHO, określenia „choroby mózgu”. Analizy prowadzone już od wielu lat, prawie 20, przez WHO pokazują, że ta grupa chorób ma bardzo duży wpływ na globalne obciążenie chorobami społeczeństwa. Specjaliści z WHO posługują się wieloma wskaźnikami i chciałabym tu przywołać jeden z nich, który wyraża utratę lat życia skorygowanych niepełnosprawnością. Jest to wskaźnik nazwany DAJLY, czyli *Disability and Justid Life Yers*, który powstał z rozwinięcia dwóch poprzednich wskaźników: wskaźnika utraconych lat życia i wskaźnika długości życia skorygowanego o jakość życia. Jest to więc taki składnik, który pokazuje nie tylko niepełnosprawność, ale również jakość życia. Ten składnik jest powszechnie w tej chwili oceniany przy porównywaniu różnych populacji w różnych krajach. I, pro-

szę państwa, jak wynika z analizy prowadzonej właśnie przez ekspertów z WHO, ten wskaźnik jest najwyższy właśnie w grupie „choroby mózgu". Na pierwszym miejscu są postawione choroby mózgu, do których, co chciałabym wyraźnie podkreślić, zalicza się również zaburzenia psychiczne. Jeżeli mówimy o zaburzeniach funkcji mózgu, to trzeba pamiętać, że mogą to być ogniskowe zmiany, zmiany spowodowane zanikiem, przekładające się, można powiedzieć, na somatyczne objawy, ale również występuje wiele zespołów chorobowych z kategorii zaburzeń psychogeriatrycznych, które są bardzo trudne do diagnozowania i bardzo trudne do leczenia. Według WHO – będę się ciągle powoływała na ekspertów WHO – wartość wskaźnika DAJLY, ta wysoka wartość, ta najwyższa wartość wskaźnika DAJLY w porównaniu z takimi chorobami – bo ona jest wyższa niż w chorobie niedokrwiennej serca, wskaźnik DAJLY jest wyższy niż w chorobach nowotworowych…

Właściwie na wysokość wskaźnika mają wpływ trzy zespoły chorobowe: udary mózgu, czyli, powiedzmy, naczyniowe uszkodzenie mózgu, to jest raz, depresja – i o tym będzie mówił pan profesor Parnowski, i trzeci zespół, oczywiście – choroba Alzheimera i inne rodzaje otępień. Te szeroko pojęte choroby mózgu, według mnie, spełniają kryteria wieloprzyczynowych zaburzeń, jakie uznajemy za definicję tych wielkich zespołów geriatrycznych. Przyczyną tych chorób, można przyjąć, są przynajmniej dwa procesy: z jednej strony, to jest postępujące naczyniopochodne uszkodzenie mózgu, z drugiej strony, proces zwyrodnieniowy mózgu, który jest związany z procesem starzenia się. Wyzwaniem w sensie badań badawczych, klinicznych, naukowych jest kwestia, jak te procesy powstrzymać. Gdybyśmy mogli zatrzymać te procesy, spowolnić je, to na pewno długość życia ludzkiego o dobrej jakości znacznie by się wydłużyła. Dlatego stawiam wniosek, żeby te choroby mózgu włączyć do wielkich zespołów geriatrycznych, zwłaszcza że one na siebie wzajemnie oddziałują. U pacjenta, u którego wystąpił udar, bardzo często występuje po kilku miesiącach depresja, która się utrzymuje przez wiele lat. Naczyniopochodne uszkodzenie mózgu sprzyja wcześniejszemu występowaniu choroby Alzhemiera i innych zespołów otępiennych. Z kolei depresja jest czynnikiem ryzyka udaru, czyli tu się tworzy takie błędne koło. Poza tym, tak jak tu już było mówione wcześniej w wystąpieniach, uszkodzenia mózgu, zaburzenia funkcji mózgu bardzo często są bezpośrednią przyczyną upadków, nietrzymania moczu i wielu innych zespołów. Dlatego stawiam mój wniosek, żeby wprowadzić choroby mózgu do wielkich zespołów geriatrycznych.

I teraz, proszę państwa, jakie postępowanie? Na pewno, żeby spowolnić procesy chorobowe, bardzo ważną rolę odgrywa edukacja, świadomość, profilaktyka, o czym mówiła pani profesor Księżopolska, zwrócenie uwagi na aktywność fizyczną w profilaktyce, bo przecież najtańsza w sumie jest profilaktyka. Ale wiemy, że różne zespoły chorobowe występują niezależnie od profilaktyki, dlatego w odniesieniu do chorób mózgu, mających swoją specyfikę, wymagających czasami dość dokładnej diagnostyki, naszym zdaniem – a jesteśmy tutaj w trójkę, bo jest jeszcze pani profesor Barcikowska, wybitny ekspert w kraju jeżeli chodzi o chorobę Alzheimera i zespoły otępienne – potrzebne są w ramach lecznictwa ambulatoryjnego możliwości diagnostyki i wprowadzenia terapii, czy też wprowadzenia profilaktyki. Obecnie większość pacjentów z podejrzeniem tych zespołów jest diagnozowanych i leczonych szpitalnie. Gdyby to można było prowadzić w ramach ambulatorium, koszty w przeliczeniu na jednego pacjenta byłyby o połowę mniejsze. My składamy takie wnioski, te wnioski są złożone w ministerstwie. Chodzi o to, żeby stworzyć poradnię, gdzie by mogli pracować neurolog, psychiatra, geriatra, psycholog. Koszty byłyby naprawdę o wiele mniejsze, byłaby możliwość szybszej diagnostyki pacjentów, szybszego wprowadzania programów profilaktycznych. Przy tej perspektywie, że liczba chorych starzejących się z różnymi problemami z zakresu tych naszych zespołów chorobowych, będzie narastać, to jest coś, co ma pierwszorzędną wartość, żeby poprawić sytuację i zapewnić starzenie się o dobrej jakości życia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję, pani profesor. Poproszę teraz o zabranie głosu pana profesora Tadeusza Parnowskiego, kierownika Kliniki Psychiatrii także Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Bardzo proszę, panie profesorze.

Kierownik Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Tadeusz Parnowski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, chciałbym państwu może krótko bardzo przypomnieć, że mówiąc o dużych zespołach geriatrycznych, w jednej wśród tych klasycznych definicji, bardzo starej, składającej się z czterech D, są trzy D, a mianowicie: jest demencja, jest depresja i jest dehydratacja, czyli odwodnienie. Wszystkimi trzema zajmują się psychiatrzy wieku podeszłego.

Powracając do tematu głównego. Problem polega na tym, że depresja, która występuje coraz częściej, im bardziej się starzejemy, jest problemem w ciągu całego życia, nie tylko starości, ale w starości ewidentnie komplikuje nam życie najbardziej, jak to tylko jest możliwe. Pomijam już aspekty kliniczne, jakie mamy w leczeniu i rozpoznawaniu depresji, bo to jest problem może nie taki bardzo istotny w dzisiejszej dyskusji, ważniejsze jest raczej to, co depresja złego czyni z ludźmi w wieku podeszłym. Jeżeli byśmy popatrzyli sobie na odsetek częstości występowania różnych zespołów depresyjnych, to niewątpliwie w wieku młodym i wieku średnim to są choroby afektywne, choroba afektywna jedno- i dwubiegunowa, i są to biologicznie uwarunkowane ciężkie zaburzenia psychiczne, to są po prostu choroby psychiczne.

Ale już mniej więcej od 40., 45. roku życia zaczynają się inne stany depresyjne, przy których choroby afektywne także występują, ale dominują inne przyczyny. Należą do nich choroby somatyczne, choroby ośrodkowego układu nerwowego i w końcu liczne bardzo, skumulowane czynniki psychologiczne. W związku z tym pytanie, czy depresja jest problemem społecznym przy takiej częstości występowania, jest oczywistym truizmem. Mianowicie 17% populacji w ciągu swojego życia będzie miało przynajmniej jeden zespół depresyjny. Te zespoły depresyjne nie są rozpoznawane szybko, średnia to jest osiem lat od wystąpienia pierwszej depresji do rozpoznania depresji, co oczywiście skutkuje kłopotami w leczeniu, pogorszeniem jakości życia, zmniejszoną wydolnością w pracy, ale także występowaniem prób samobójczych. Co więcej, problem z depresją jest taki, że nie tylko występują w wieku podeszłym zespoły typowe, to są także zespoły atypowe, które nie są w ogóle rozpoznawane przez lekarzy. Relacja rozpoznanych depresji do nierozpoznanych jest rzędu, jak kto woli, bo różne są dane, 50 do 50% lub też 60% nierozpoznanych depresji do 40% rozpoznanych. W efekcie depresja powoduje inwalidztwo i przyspiesza śmierć, powoduje inwalidyzację i niemożność funkcjonowania, powoduje występowanie u 20% osób w wieku podeszłym samobójstwa, a u 75% powoduje występowanie prób samobójczych niedokonanych. No i w końcu oczywiście nasilenie i pogorszenie chorób somatycznych, chorób ośrodkowego układu nerwowego.

Tych czynników związanych z depresją w wieku podeszłym jest, jak państwo widzą, bardzo wiele i one się rozkładają mniej więcej równo, tak jak jest równo skomplikowane i mieszane życie ludzkie, a mianowicie stany somatyczne mieszają się z czynnikami psychologicznymi, czynniki psychologiczne pogarszają funkcje poznawcze, funkcje poznawcze uniemożliwiają nam normalne życie. Więc koło się zamyka, ale to jest takie duże koło. Co więcej, przebieg depresji w wieku podeszłym jest znacząco gorszy niż w wieku średnim; ponad 60% osób cierpi na depresję przewlekłą, taką lekooporną, także taką, w której można tylko zmniejszyć nasilenie objawów, a nie spowodować ich ustąpienie. To jest kolejny powód do problemów.

Kto tutaj jest, że tak powiem, winien? Niewątpliwie, winni są wszyscy. To znaczy, po pierwsze, winne są osoby, które nie zauważają problemów psychicznych ludzi starych. Po drugie, winne jest tworzenie różnych mitów. Do takiego mitu, odpowiadającego na pytanie, co to jest starość, należy traktowanie ludzi, którzy mają depresję, jak ludzi po prostu starych, którzy fizjologicznie już nie mogą różnych rzeczy robić, np. interesować się różnymi rzeczami. Do tych mitów należy także stosunek niewykształconych lekarzy, którzy nie potrafią rozpoznawać depresji w stanach somatycznych i chorobach ośrodkowego układu nerwowego. No i w końcu, można powiedzieć, do tych mitów należy także to, że depresja jest w ogóle nieleczalna i że człowieka starego należy zostawić w spokoju, żeby już skończył swoje życie w ciszy.

Depresja jest problemem i wyzwaniem dla budowania różnych struktur pomocowych z tego względu, że niewątpliwie jest i czynnikiem ryzyka i czynnikiem pogarszającym

przebieg chorób somatycznych, ale także, jak mówiłem, chorób ośrodkowego układu nerwowego. Depresja zwiększa ryzyko wystąpienia otępienia niemal czterokrotnie. Depresja pogarsza przebieg takich chorób, jak dusznica bolesna czy niewydolność serca także cztero- pięciokrotnie. Tak więc wszystkie te osoby, które, w cudzysłowie mówiąc, zalegają w szpitalach, nie mogą być nigdzie wypisywane, a nie reagują na adekwatne leczenie, to bardzo prawdopodobne, że to są osoby, które mają jakąś postać depresji o różnym nasileniu, od niewielkiego do znacznego. Ale, z drugiej strony też – to jest kolejne błędne koło – wszystkie te choroby, o których mówimy, są chorobami, które powodują wystąpienie depresji. Tak więc wymagani są, po pierwsze, bardzo wykształceni lekarze, żeby umieli poruszać się w wymiarze interdyscyplinarnym, a nie tylko psychiatrzy, albo tylko neurolodzy, albo tylko interniści – tylko lekarze, którzy powinni być inaczej w ogóle kształceni, żeby rozpoznawać to, co u człowieka się naprawdę dzieje, a nie dzielić go na podspecjalności.

Problem z otępieniem jest problemem odrębnym. Myślę, że w ogóle szkoda, że nie ma takiego tematu otępienia, ale jest na szczęście pani profesor Barcikowska, więc może jakoś to sobie zrekompensujemy. Ale problemem, jeżeli chodzi o kontakt, kontrolę nad leczeniem, nad funkcjonowaniem ludzi starych – to jest przykład z niewydolności serca – jest taki, że, owszem, ludzie starzy w części przynajmniej przyjmują te leki, które lekarz im zapisuje, czyli leki na konkretną chorobę albo na pięć konkretnych chorób. Ale ludzie starzy jednocześnie nie są uczeni, że leczenie farmakologiczne to nie wszystko, że należy jeszcze dbać o inną zupełnie jakość funkcjonowania i inną jakość życia – chociażby, np. o kontrole diety czy kontrole wagi. I to jest też kamyczek do ogródka lekarzy, że tego nie robią.

Kończąc już, chciałbym zwrócić państwa uwagę nie tylko na to, że tak znaczna grupa osób w wieku podeszłym w stanach depresji nawet o niewielkim nasileniu popełnia samobójstwa, ale także na to, że ponad 60% tych osób w wieku podeszłym, które popełniły próbę samobójczą, nie miało wcześniej żadnego rozpoznania psychiatrycznego. A to nas prowadzi do zadania sobie pytania, jak wygląda samobójstwo w wieku podeszłym, samobójstwo aktywne i samobójstwo bierne. O tym się nie mówi, nie ma takich badań, nie ma takich analiz, nie ma w ogóle refleksji nad tym, że to może być istotne. Samobójstwo czynne – wiadomo, jest różne, często przez powieszenie albo przez dokonanie samouszkodzenia. Ale nic nie wiemy o samobójstwach biernych, które polegają na samozagładzaniu się, na celowym odwadnianiu się i przyjmowaniu w nadmiarze leków internistycznych, których zresztą przepisujemy tym ludziom za dużo. Próbowaliśmy robić takie badania razem z Komendą Główną Policji, bo takich statystyk po prostu nie ma. Nie ma takiej świadomości społecznej. Obraz jest smutny, już nie będę go omawiał za bardzo.

Na pewno depresja nie jest takim naddatkiem do chorób ośrodkowego układu nerwowego i chorób somatycznych. Depresja jest sama w sobie procesem inwalidyzującym i doprowadzającym do skrócenia życia, ale także depresja jest czynnikiem bardzo wikłającym wszelkie inne choroby, które występują w wieku podeszłym. Po prostu potrzeba nam dobrych programów związanych z leczeniem, ale i badaniem, ale i profilaktyką depresji wieku podeszłego. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuje panu profesorowi za przedstawienie tematu depresji i chyba nic innego mi nie pozostaje, jak poprosić jeszcze o zabranie głosu panią profesor Marię Barcikowską, już dwukrotnie wywołaną. Pani profesor, bardzo prosimy dosyć syntetycznie ten temat nam przedstawić, dopełniając te choroby mózgu, o których wspomniała pani profesor Ryglewicz.

Dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk Maria Barcikowska:

Nie jestem zupełnie do tego przygotowana, ale postaram się powiedzieć bardzo szybko. W Polsce jest 500 tys. osób z otępieniem, z czego 300 tys. choruje z powodu choroby Alzheimera. Wszystkie te problemy starzenia się, które do tej pory przedstawili moi koledzy specjaliści, to są problemy związane ściśle z otępieniem, czy też otępienie pasuje się z każdym tym problemem. Deprywacja zmysłów zarówno słuchu, jak i wzroku powoduje,

że otępienie rozwija się szybciej, ale najważniejsze jest to, że w Polsce otępienia się nie traktuje jak poważnej choroby, nie rozpoznaje, nie dopuszcza się do tego, żeby powstały poradnie dla osób z otępieniem i to powoduje ogromne zagrożenia. Mogę szybko kilka wymienić.

Pacjenci z otępieniem dostają peny i glukometr. Pacjenci z otępieniem przez to, że otrzymują bardzo różne leki – a nie wie lekarz, który je zleca, że chory jest otępiały – biorą jednego dnia tylko różowe, następnego dnia tylko zielone, czasami po dwie tabletki, czasami tylko jedną. Pacjenci z otępieniem padają ofiarą przestępstw. Pacjenci z otępieniem są zostawiani w domu, bo ich opiekun nie jest w stanie tego wytrzymać i potem jest skazywany na cztery lata tylko dlatego, że był to krzyk jego bezradności. Pacjenci z otępieniem miewają upadki i jest to jeden z pierwszych objawów, szczególnie w tym otępieniu z ciałami Lewy'ego. Pacjenci z otępieniem są bardzo często niedożywieni, bo zapominają o jedzeniu i nie potrafią go sobie przygotować. Pacjenci z otępieniem mają nietrzymanie moczu i bardzo często urolodzy zajmują się tym w najbardziej finezyjny sposób, nie biorąc pod uwagę tego, że jest to objaw choroby. Pacjenci z otępieniem mają zespół Diogenesa, czyli zbieractwo, które jest bardzo pięknie „reporterowane" przez naszych dziennikarzy telewizyjnych, a jest to po prostu choroba.

Dlatego mam tylko taki apel, żeby jednak zauważyć te 500 tys. osób z otępieniem w naszym kraju. Myślę, że należałoby się nimi zająć i myślę, że jako neurolodzy chętnie będziemy tworzyć, np. poradnie geriatryczne chorób mózgu z geriatrami i innymi specjalistami. Już od lat o to proszę i zwracam na to uwagę zawsze bezskutecznie, ale być może teraz razem byśmy to zrobili. Słyszę, że to my jako neurolodzy mamy brać udział w wykonywaniu całościowej oceny geriatrycznej, więc może ta nasza wiedza się przyda. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor Barcikowskiej. Chciałem tylko poinformować państwa, że na poprzednim posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej wprowadziliśmy do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli dogłębne zbadanie leczenia i systemu wsparcia dla rodzin osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby otępienne, więc ten temat będzie też przedmiotem dogłębnej analizy NIK w roku 2016.

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za te wszystkie wystąpienia, za omówienie wielkich zespołów geriatrycznych i w tym zakresie – upadków, inkontynencji, depresji, otępień, zaburzeń wzroku, słuchu. Myślę, że to nas przybliżyło do tego, abyśmy próbowali też w polskich regulacjach definiować wielkie zespoły geriatryczne oraz w sposób bardzo wymierny uwzględniać je też w różnych koszykach świadczeń i usług medycznych, które są oferowane osobom starszym.

Po dogłębnej analizie materiału, które przygotowało Ministerstwo Zdrowia także… Oczywiście, cieszy nas także to, że w roku 2011 wprowadzono finansowanie całościowej oceny geriatrycznej w ramach lecznictwa szpitalnego, ale takiej całościowej oceny geriatrycznej brakuje w leczeniu ambulatoryjnym. I dlatego jeszcze, jeżeli państwo pozwolą, pytanie do pana prezesa NFZ, pana Tadeusza Jędrzejczyka, jakie działania należy podjąć, aby tę całościową ocenę geriatryczną wprowadzić także w poradniach geriatrycznych na terenie całego kraju? I w jaki sposób ewentualnie Komisja mogłaby zabrać w tej sprawie głos i wnioskować o tego typu rozszerzenie? Bardzo proszę.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. To oczywiście również może nastąpić w drodze zmiany rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, czyli popularnie zwanego koszyka. Jeżeli ten zapis się znajdzie, to oczywiście będziemy pracować nad tym razem z Agencją Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, bo w tej chwili ocena świadczeń nie stanowi już – jeszcze raz dla przypomnienia – kompetencji NFZ. Drugim elementem, nad którym też trwają prace, jest wpisanie do… rozwoju opieki koordynowanej, gdzie będzie możliwe kontraktowanie nie tylko pojedynczych świadczeń, ale pewnego schematu całego leczenia w ramach jednego, w cudzysłowie, produktu. Do tego potrzebujemy zmiany w ogólnych warunkach umów, ponieważ ustawa to dopuszcza, a ogólne warunki muszą być przyjęte do końca tego roku. Jak

tylko to będzie przygotowane, to Fundusz będzie mógł przystąpić do prac, właściwie już przystąpił, będzie mógł wdrożyć tego rodzaju kontrakty.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, bardzo dziękuję. Ponieważ mamy jeszcze dzisiaj jeden temat – badania kliniczne, o których też chciałbym kilka słów powiedzieć – proponuję, abyśmy na tym etapie zamknęli pierwszy temat i płynnie przystąpili do drugiego, oczywiście, pozostając jeszcze po prezentacji, której w imieniu ministra zdrowia dokona pan prezes Grzegorz Cessak, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Temat, powiem szczerze, de facto nigdy jeszcze nie był omawiany w ramach Komisji sejmowych, a też w tym miesiącu, 20 maja, był obchodzony Światowy Dzień Badań Klinicznych. Dlaczego ten temat nas zainteresował? Przede wszystkim dlatego, że coraz większa liczba osób starszych w naszym kraju otrzymuje propozycję udziału w badaniach klinicznych nowych leków i terapii i bardzo często są to osoby powyżej 60. roku życia. Chcieliśmy ten temat w jakiś sposób zbadać, chcieliśmy dowiedzieć się, jak wyglądają regulacje dotyczące przeprowadzania badań klinicznych w naszym kraju i ewentualnie poszerzyć wiedzę społeczną i świadomość osób starszych na temat udziału w tych badaniach, które bardzo często oferują także bezpłatną profilaktykę, kulturę zdrowotną czy też dostęp do nowych form terapii. Jeżeli mogę, poprosiłbym o zabranie głosu pana prezesa Grzegorza Cessaka, i tym wystąpieniem byśmy rozpoczęli naszą dyskusję w zaproponowanym temacie. Bardzo proszę.

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Grzegorz Cessak:

Szanowny panie przewodniczący, szanowna Komisjo, szanowni państwo. Na samym początku powiem, jaka jest definicja badania klinicznego. Jest to oczywiście eksperyment medyczny prowadzony z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych lub farmakologicznych, farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu produktów leczniczych w celu zidentyfikowania działań niepożądanych, czyli sprawdzamy bezpieczeństwo i skuteczność produktu. Na początku oczywiście śledzimy wchłanianie, dystrybucję produktu, metabolizm i jego wydalanie. Mamy odpowiednie fazy badań klinicznych, pierwszą, drugą i trzecią fazę. Pierwsza faza jest taka, że sprawdzamy pierwszy kontakt produktu leczniczego z organizmem. Mówimy wtedy nie o pacjentach tylko o uczestnikach badania klinicznego. Kolejne fazy dotyczą już kwestii bezpieczeństwa i skuteczności. No i tą czwartą fazą badań klinicznych są badania kliniczne prowadzone już po zarejestrowaniu produktu leczniczego. Czyli pamiętajmy, że fazy badań klinicznych, w ogóle badania kliniczne są przeznaczone do stwierdzenia bezpieczeństwa i skuteczności leku przed rejestracją. A po rejestracji następuje obserwacja tego produktu, czyli zgłaszanie działań niepożądanych.

Chciałbym też podkreślić, że organem kompetentnym, zatwierdzającym badania kliniczne, jest prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych i do niego także należy kompetencja nadzorowania bezpieczeństwa farmakoterapii, czyli kontrolowania tych działań niepożądanych. Nowa legislacja europejska, która została zaimplementowana do naszego prawa farmaceutycznego, od dwóch lat daje możliwość, także szczególnie osobom starszym – mając na uwadze właściwie ułatwienie zniesienia bariery kontaktu w UE osób starszych z lekarzem – zgłaszania bezpośrednio działań niepożądanych do urzędu rejestracji, gdzie odpowiedni eksperci urzędu, czyli lekarze, farmaceuci, analizują te działania niepożądane, oceniając na każdym etapie użycia produktu stosunek korzyści do ryzyka.

Profilaktyka zdrowotna, która jest w tytule tego punktu, to działania mające na celu zapobieganie chorobom przez ich wczesne wykrycie i leczenie. Trudno więc powiązać te działania z prowadzeniem badań klinicznych produktów leczniczych, które, zgodnie z definicją ustawową, prowadzi do wykrycia i potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych i farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu produktów leczniczych. Czyli, abstrahując od profilaktyki zdrowotnej, chciałbym zaznaczyć, że osoby starsze biorą udział w badaniach klinicznych produktów leczniczych jako jedne z uczest-

ników badania klinicznego kierowanego do grupy uczestników, z podziałem oczywiście na wiek.

Może troszeczkę statystyki. Ogólnie w UE Polska jest na wysokim miejscu uczestników badań klinicznych, zajmujemy szóste miejsce w Europie. Ta tendencja do roku 2014, w zasadzie do 2013, była dość stabilna, cały czas wzrostowa, jednakże zauważamy w ogóle w Unii, jak i w Polsce, spadek badań klinicznych, nieznaczny w Polsce, w UE dość znaczny. Może powiem tylko tak ogólnie – liczba badań klinicznych nie przekracza 500 do 450 wniosków rocznie, a z udziałem wyłącznie osób starszych to są nieduże liczby: w 2010 r. – 2 wnioski, 2011 r. – 1 wniosek, 2012 r. – 1 wniosek, 2013 r. – 7 wniosków, w 2014 r. – 2 wnioski i w 2014 r. – 4 wnioski. Dotyczyły one głównie psychiatrii, diabetologii, onkologii i kardiologii. W związku z tym spadkiem liczby badań klinicznych i stworzeniem bardziej przyjaznych warunków do rejestracji, a także zachęceniem uczestników, sponsorów i badaczy w UE w zakresie badań klinicznych, nowoczesnych terapii, trzeba powiedzieć, że w 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady, które będzie stosowane wprost w ciągu dwóch lat i które stworzy pewne ułatwienia.

Ale chciałbym może skupić się na jednej kwestii, dotyczącej właśnie geriatrii. Jako że jestem także delegatem Polski w Radzie Zarządzającej Europejskiej Agencji Leków, chciałbym poinformować państwa, że Europejska Agencja Leków stworzyła odpowiednią grupę ekspertów ds. geriatrii. Odpowiednie komitety ustanowiły tę grupę doradztwa naukowego, związaną z populacją pacjentów w podeszłym wieku, szczególnie mając na uwadze tworzenie specjalnych wytycznych i kryteriów ukierunkowanych do tej grupy społeczeństwa, żeby kształtować odpowiednie wymagania do wytwarzania, jak i prezentowania produktu leczniczego przyjaznego właśnie tej populacji. Ma to zapewnić odpowiednie postaci farmaceutyczne leków, uwzględniające wiek podeszły (np. czasami trudności w przełykaniu), także odpowiednio dużą ilość produktów leczniczych, czyli interakcję pomiędzy lekami, odpowiednie dawkowanie, a także stosowne opakowania, żeby mogli pacjenci w tym wieku łatwo przeczytać ulotkę dla pacjenta, żeby ona była zrozumiała i wyraźnie napisana. Odpowiednie wytyczne do tworzenia właśnie produktów leczniczych sprzyjających osobom w podeszłym wieku dotyczące choroby Alzheimera już zostały przygotowane i w poszczególnych kryteriach grup chorych również takie wytyczne będą przygotowane, więc jest cały program strategii Europejskiej Agencji Leków do 2020 r.

W tym projekcie jest zapis, że zostaną rozpoznane inne dziedziny – mogące skorzystać z inicjatywy uregulowania w następnych pięciu latach – takie, jak demencja czy alzheimer; również potrzeby populacji pediatrycznej i ludzi w podeszłym wieku powinny zostać gruntownie zbadane w celu zapewnienia dla tych wrażliwych grup szybkiego dostępu do leków oraz poprawy informacji w ich stosowaniu. Więc zauważono ten problem. Oczywiście, kwestią pediatryczną Europejska Agencja Leków już się od lat zajmuje; teraz, w związku ze starzeniem się społeczeństwa w UE, zaczęto przygotowywać tę strategię i odpowiednio przygotowywać wytyczne właśnie do przeprowadzenia badań klinicznych tak, aby leki dopuszczane były bezpieczne i skuteczne właśnie w tej grupie społeczeństwa. Myślę, że o badaniach klinicznych, *versus* właśnie grupy geriatryczne, takie podstawowe informacje państwu przekazałem.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie prezesie za wprowadzenie do tego tematu, który jest, jak powiedziałem, nowy, ale też ponieważ, według danych, którymi dysponujemy, około tysiąca osób starszych dziennie jest zachęcanych do udziału w badaniach klinicznych nowych produktów leczniczych i terapii, chcieliśmy ten temat także zauważyć, że takie zjawisko występuje. W Polsce też działa Stowarzyszenie na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych, których przedstawiciele są tutaj z nami. Chciałbym w związku z tym poprosić o zabranie głosu panią Anetę Sitarską-Hamerę, jak rozumiem, w imieniu tego stowarzyszenia, jeżeli jest obecna. Lub też panią Teresę Brodniewicz. Tak? Nie. Pan. Bardzo proszę, panie prezesie.

Członek Zarządu Stowarzyszenia na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce Marcin Ossowski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo. Reprezentuję Stowarzyszenie na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, jestem członkiem Zarządu. Przedstawię państwu krótko zagadnienie prowadzenia udziału osób starszych w badaniach klinicznych z perspektywy naszego środowiska. Na początek krótka prezentacja samego stowarzyszenia, którego być może część państwa nie zna. Jesteśmy grupą, która powstała w 1998 r., liczy ona już ponad 900 członków i skupia osoby związane z badaniami klinicznymi, takie, jak badacze, lekarze i też bardzo wielu pracowników branży. Naszą podstawową misją jest promowanie zasad dobrej praktyki klinicznej, co czynimy przez liczne szkolenia i staramy się przedstawiać badania kliniczne w obiektywnym świetle. Staramy się też brać udział, tam gdzie jesteśmy zapraszani, w pracach legislacyjnych. Teraz też uczestniczymy w rozmowach dotyczących implementacji nowego rozporządzenia unijnego w Polsce, o którym mówił pan prezes. Byliśmy jednym ze współorganizatorów Dnia Badań Klinicznych w zeszłym tygodniu, o którym też dzisiaj była już mowa, no i takie nasze ostatnie osiągnięcie, którym się możemy pochwalić, to podręcznik „Badania kliniczne", który jest jedyną taką pozycją na rynku. Było jedno wydanie, około 2000 roku, teraz, po 15 latach, powstało drugie, całkowicie nowe, które ukaże się w przyszłym miesiącu. Miejmy nadzieję, że wielu osobom dostarczy wiedzy z tej dziedziny.

Jak też pan prezes wspomniał, badania kliniczne mieszczą się w ramach długiego i bardzo kosztownego procesu rozwoju leku, i jest to nieodzowny, najdłużej ze wszystkich etapów trwający i najbardziej powszechny, dziejący się w największej liczbie miejsc, etap, bo dotyczący bardzo często bardzo wielu krajów świata i wiele tysięcy pacjentów bierze w nich udział. Z punktu widzenia nauki, a także sponsorów, którzy są odpowiedzialni za rozwój leków, oczywiście, podstawowym celem prowadzenia badań klinicznych, które są eksperymentem medycznym, jest ustalenie, czy nowo proponowany lek jest skuteczny, a często – czy bardziej skuteczny niż leki, które do tej pory były na rynku, i, co nie mniej ważne, czy jest bezpieczny, czy nie powoduje działań niepożądanych, powikłań, które mogą spowodować, że mimo jego skuteczności efekt ostateczny dla pacjenta nie jest taki, jak oczekiwany.

Z pespektywy pacjentów udział w badaniach klinicznych, poza pewnym altruistycznym wkładem w rozwój medycyny, co też niewątpliwie jest bardzo ważne dla poszczególnych osób, często daje szansę na leczenie nowym lekiem, a więc lekiem, który jest bardziej skuteczny niż dotychczasowe, ale niedostępny i nierefundowany. Warto też chyba powiedzieć o tym, że badanie stwarza szansę na bardziej regularną opiekę medyczną, częstsze wizyty, częstsze kontrole, co powoduje, że pacjenci, nawet jeśli nie wskutek używania samego leku, to dzięki lepszej, bardziej regularnej opiece medycznej, czują się lepiej. Ale oczywiście jest to związane z pewnym ryzykiem, wynikającym z nie do końca rozpoznanego bezpieczeństwa i niepewnej skuteczności leku, który dopiero badamy.

Nasze stowarzyszenie swoją nazwę wywodzi od dobrej praktyki klinicznej, a więc międzynarodowych zasad prowadzenia badań klinicznych, które przez Polskę oczywiście też są przyjęte i służą, z jednej strony, ochronie interesów pacjentów, a z drugiej strony, zapewnieniu rzetelności wyników badań przez wiele regulacji do tego prowadzących.

Teraz pokażę dwa slajdy. O tych danych już mówił pan prezes, to są slajdy pochodzące z CRK, prezentowane w zeszłym tygodniu na konferencji z okazji Dnia Badań Klinicznych. Tutaj dziedziny terapeutyczne, w których w Polsce są prowadzone badania kliniczne, więc, oczywiście, na pierwszym miejscu onkologia, ale też neurologia, pulmonologia, diabetologia. Jednym słowem, pokazuję to po to, żeby przekonać wszystkich, że to są absolutnie choroby i dziedziny, które dotyczą starszej populacji. I też tylko tak, dla potwierdzenia, informacja, również przez pana prezesa przekazana, że po wielu latach wzrostu w ostatnich latach mamy niewielki spadek liczby badań klinicznych w Polsce. Oczywiście, jako środowisko chcielibyśmy wszystko zrobić, żeby ten trend odwrócić.

Jak się ma badanie kliniczne do podstawowego leczenia? Oczywiście, jest to jedna z opcji tylko dla wybranych pacjentów, takich, którzy się do takiego badania kwalifikują i spełniają wszystkie kryteria pod bardzo wieloma warunkami. Tak że to jest zawsze

decyzja lekarza badacza, który musi rozważyć „za" i „przeciw", porozmawiać z pacjentem. Oczywiście, musi być też decyzja pacjenta, który wyraża zgodę, mając świadomość innych opcji. Warto również powiedzieć, że badanie wpisuje się w pewien fragment terapii, ale zwykle w chorobach przewlekłych jest leczenie przed badaniem i jest leczenie po badaniu, też bardzo ważne, żeby upewnić się, że kontynuacja leczenia po badaniu będzie właściwa, do czego jeszcze za chwilę wrócę.

Kilka z naszego punktu widzenia, ale też z perspektywy starszych populacji, takich brakujących punktów czy może obszarów związanych przede wszystkim z wiedzą, o czym też już dzisiaj była mowa. Wiedza oparta na mediach nie wydaje nam się rzetelna, bo media bardzo się koncentrują na sensacji i właściwie taka podstawowa wiedza dotycząca badań klinicznych jest rzadko prezentowana. Nie bardzo jednak są widoczne inne źródła informacji, nie ma też bazy prowadzonych badań klinicznych, co np. mogłoby pozwolić osobom starszym na podjęcie decyzji czy zainteresowanie jakimś konkretnym projektem. Nie ma programów edukacyjnych, chociaż ostatnio jest głośny bardzo ambitny projekt europejski, który tę lukę ma wypełnić, nie ma też takiej instytucji, gdzie osoby starsze mogłyby zwrócić się o radę i uzyskać jakąś pomoc, jeśli chodzi o udział w badaniach klinicznych.

Wreszcie, z nieco innej dziedziny, dotyczącej przepisów; to też jest jeden z tematów dyskutowanych w ramach implementacji rozporządzenia – nie ma w Polsce niestety przepisów, które by umożliwiały podawanie leku, który się okazał skuteczny w trakcie badania klinicznego, ale jeszcze nie został zarejestrowany po zakończeniu tego badania. To w wielu przypadkach jest duży problem, bo to są często chorzy nowotworowi, dla których po prostu jest to lek ratujący życie, ale po zakończeniu badania w zasadzie nie ma formalnej możliwości jego podania przez sponsora, nawet gdyby chciał to zrobić w drodze darowizny. Jedyną metodą jest w tej chwili rejestrowanie nowego badania klinicznego, ale nie zawsze jest to możliwe, tak że ten obszar, wydaje nam się, powinien być uregulowany

W podsumowaniu bardzo dziękuję za uwagę. Chciałem tylko powiedzieć na koniec, że badania kliniczne są jednym z etapów, nieodzownym w rozwoju leku i głównie temu celowi służą, a także dla niektórych wybranych pacjentów, na pewno nie dla wszystkich, mogą być szansą skuteczniejszej terapii, którą warto wykorzystać. Bardzo dziękuję.

Podaję adres naszej strony internetowej, gdzie mamy bardzo wiele informacji na temat badań klinicznych. Jeżeli ktoś z państwa byłby zainteresowany, to zapraszamy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu prezesowi. Będzie jeszcze jedno wystąpienie, które zaplanowaliśmy. Pan dr Łukasz Więch, kierownik studiów podyplomowych dotyczących badań klinicznych z Wyższej Szkoły im. Leona Koźmińskiego w Warszawie. Bardzo proszę o wprowadzenie nas do tematu.

Proszę o uwagę, szanowni państwo, i poprosimy o głos pana doktora Więcha.

Łukasz Więch lekarz badacz, kierownik studiów podyplomowych w Akademii im. Leona Koźmińskiego:

Szanowni państwo, szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. Nazywam się Łukasz Więch, jestem lekarzem, prowadzę badania kliniczne razem z moimi pacjentami, jestem przede wszystkim lekarzem badaczem. Oprócz tego prowadzę studia podyplomowe w tym zakresie, pragnąc kształcić odpowiednie kadry, żeby badania kliniczne były prowadzone prawidłowo, oraz jestem menedżerem ośrodka badań klinicznych. Chciałbym państwu opowiedzieć o badaniach klinicznych z punktu widzenia relacji lekarza i pacjenta, z punktu widzenia, jakie korzyści może mieć pacjent będący w badaniu klinicznym.

Pacjent taki jest w zasadzie centralną postacią badań klinicznych, na nim skupione są wszystkie wysiłki związane z badaniami. Nie ma takiego badania klinicznego, i to gwarantuje zarówno urząd, jak i komisje bioetyczne, które mogłoby dla pacjenta nieść większe ryzyko niż potencjalne korzyści dla nauki i dla przyszłego leczenia, dla tego, co później będzie dobrym narzędziem w rękach wszystkich lekarzy. Każdy pacjent, każdy człowiek, który bierze udział w badaniu klinicznym, robi to dobrowolnie, na pod-

stawie pisemnego wyrażenia zgody na udział w badaniu. Przez cały czas trwania badania przysługuje mu pełne prawo do informacji na temat swojego stanu zdrowia i wyników badań, może w każdej chwili bez żadnych dla siebie konsekwencji zrezygnować z udziału w badaniu. Co ważne, każdy człowiek, każdy uczestnik badania klinicznego, jest objęty obowiązkowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej badacza.

Chciałem pokazać kilka liczb. Niestety są one sprzed pięciu lat, pochodzą z raportu na temat badań klinicznych napisanego przez PricewaterhouseCoopers. Czekamy wszyscy z niecierpliwością na nowy raport, który ukaże się niebawem, też w tym roku. W 2009 r. 34 tys. ludzi wzięło udział w badaniach klinicznych jako uczestnicy badań. Myślę, że patrząc na liczbę badań, jaka teraz jest rejestrowana i prowadzona w Polsce, jest ona podobna. Oczywiście, to nie jest duża liczba w porównaniu do liczby osób, które się w ogóle leczą, niemniej to jest już duża populacja.

Chciałem pokazać przykłady tego, jak duże to mogą być populacje. Najwięcej badań klinicznych w Polsce prowadzi się w onkologii, to jest około 390 tys. pacjentów, 4% z nich, czyli 15-16 tys. ludzi, jest leczonych w ramach badaniach klinicznego. Wiem, że to trochę nadużycie mówić o leczeniu w ramach badaniach klinicznego, bo to jeszcze nie leczenie, ale dla tych ludzi bardzo często nie ma innej szansy. Gdyby policzyć wydatki, to to, co robi się w badaniach klinicznych, odpowiada 4% budżetu, gdyby policzyć, że badania kliniczne dają wyższą jakość prowadzenia terapii, to mówimy nawet o 15% wydatków NFZ na całkowite leczenie w onkologii, a to już jest niemało, to już jest bardzo duży wpływ na medyczną rzeczywistość, na leczniczą rzeczywistość.

Takim dobrym przykładem też tego, jaki wpływ na rzeczywistość mają badania kliniczne, jest chociażby to, że w moim ośrodku i w ośrodkach mojej sieci, i nie tylko w moich, w ciągu ostatnich trzech lat wykonano ponad 130 tys. densytometrii u kobiet, które mają zagrożenie złamań kręgosłupa, zagrożenie złamania szyjki kości udowej, zagrożenie osteoporozy. Łączny koszt, jaki musiałby NFZ ponieść w związku z tym, to jest 1.300 tys. zł razy 100, nie, to nawet 13 mln zł, bo mniej więcej na 100 zł wyceniona jest każda densytometria. W związku z tym w badaniach klinicznych dzieje się dużo, nawet jeżeli ta grupa pacjentów wydaje się niewielka.

Jakie korzyści ma pacjent z udziału w badaniach klinicznych? To jest szansa na nowe leczenie, jeżeli nie ma innej możliwości, albo jeżeli to leczenie, które ma dotychczas, jest niewystarczające. To jest wiele bezpłatnych badań, które wykonuje się w ramach realizacji protokołu badania klinicznego, które są naszym obowiązkiem i które są dostępne dla pacjenta. To jest nierzadko lepsza opieka medyczna niż ta, którą pacjent otrzymuje gdzie indziej. To jest udział w rozwoju nauki, udział w tworzeniu leków, które w zasadzie będą być może przyjmować dzieci i wnuki dzisiejszego uczestnika badań klinicznych. To jest nowe, ciekawe doświadczenie, dla wielu starszych osób bardzo istotne doświadczenie komunikacji z innymi ludźmi. To jest zwiększenie zaufania do lekarza prowadzącego i zwiększenie związku z tym lekarzem, bo lekarz w badaniu klinicznym ma czas na to, żeby z pacjentem przebywać, żeby z nim rozmawiać. Na ostatnim miejscu zaznaczam również korzyści finansowe, dlatego że w badaniach pierwszej fazy przewidziane jest przekazanie pacjentowi zwrotu kosztu udziału w badaniach klinicznych. W związku z tym zdarza się, że czasem zgodnie z prawem ten człowiek otrzymuje jakieś pieniądze za udział w badaniu. A lekarz uczestniczący w badaniach klinicznych bierze udział w rozwoju medycyny, bierze udział w tworzeniu nowych narzędzi dla siebie samego i innych. Ma oczywiście nowe doświadczenie zawodowe, ale też ma nową szansę dla swoich pacjentów. I to jest ogromna wartość. No i okazję do bezpłatnych badań, której być może w innych okolicznościach, ze względu na obwarowania, jakie mamy w naszej rzeczywistości, nierzadko by nie miał.

Chciałbym państwu w związku z tym opowiedzieć krótko o przypadku pacjenta, w zasadzie wielu pacjentów, których sam prowadzę. Pacjent chory, po zawale serca, leczony statynami – to jest obowiązek, to są leki, które obniżają poziom cholesterolu. Ta terapia bardzo często nie daje satysfakcjonującego wyniku. To znaczy nie obniża poziomu cholesterolu do poziomu, na którym pacjent byłby wystarczająco bezpieczny, maksymalnie bezpieczny, żeby ryzyko następnego zawału albo innego incydentu naczyniowego było jak najmniejsze. To po prostu czasem nie jest możliwe. W związku z tym

ten pacjent bierze udział w badaniu klinicznym nowej substancji, która ma za zadanie obniżać poziom cholesterolu i to ryzyko realnie zmniejszać. W związku z tym, że ten człowiek jest uczestnikiem badania klinicznego, przechodzi regularne, częste badania, dużo badań się wykonuje, lepiej monitoruje się stan jego zdrowia. Jaki jest tego skutek? Można wcześniej wykryć nowe nadciągające do tego człowieka zagrożenia, można rozpoznać cukrzycę na wczesnym etapie, można sprawdzić, czy jego serce jest prawidłowo wydolne, czy jego funkcjonowanie się nie pogarsza. A zatem udział w badaniu klinicznym jest formą profilaktyki wtórnej u człowieka, u którego już coś złego się wydarzyło, dlatego że daje nam szansę, żeby człowieka zbadać i mieć go pod kontrolą.

Słowem podsumowania: pacjenci, którzy biorą udział w badaniach klinicznych, mają z tego tytułu wymierne korzyści dla swojego zdrowia, i to jest moja, jako lekarza badacza, codzienność. Bezpieczeństwo pacjentów w badaniu klinicznym jest zapewnione maksymalnie, na ile to jest możliwe. Rozwój nauki nie pójdzie dalej, jeżeli ryzyko przeprowadzenia badania klinicznego będzie większe niż korzyści, jakie możemy mieć, o czym mówiłem już wcześniej. Pacjenci uczestniczą w badaniach dla przyszłych pokoleń, o tym musimy pamiętać, naprawdę, dla naszych dzieci, tak jak ci, dzięki którym mamy leki, które były badane kilka, czy kilkanaście lat temu, a teraz są dostępne.

Niestety, niewielu pacjentów wie dokładnie, na czym polegają badania kliniczne. Wielu ludziom, wielu z nas, kojarzą się one z eksperymentami na ludziach, z czymś nielegalnym, niewłaściwym, a tymczasem jest to część tworzenia nauki i część tworzenia wiedzy, która ma zapewnić bezpieczeństwo. Potrzebna jest w związku z tym – to jest mój pierwszy wniosek – rzetelna i pełna informacja dla pacjentów na temat tego, że badania są dostępne, jakie to badania, jakie są korzyści, ale i jakie ryzyka płyną z udziału w badaniach klinicznych. Chodzi o rzetelną, można nawet powiedzieć, urzędową informację. I drugi mój wniosek jest taki, że potrzebna jest szeroka edukacja, rzetelna edukacja społeczeństwa, mająca na celu wyjaśnienie, czym są badania kliniczne i jakie korzyści przynoszą. Stowarzyszenie dobrej praktyki klinicznej prowadzi taką edukację w wymiarze, na jaki może sobie pozwolić i jest to wspaniała inicjatywa, i ja bardzo liczę na to, że kiedyś taka inicjatywa też będzie prowadzona urzędowo. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardo dziękuję, panie doktorze, za tę prezentację, która wprowadziła nas do zrozumienia, także do uświadomienia, na czym polegają badania kliniczne w tej grupie wiekowej, grupie seniorów.

Ponieważ mamy jeszcze jakieś dziesięć minut, otwieram w tej chwili dyskusję, która może dotyczyć pierwszego tematu, którym jest ochrona zdrowia wobec wielkich zespołów geriatrycznych, lub drugiego tematu, czyli badań klinicznych w populacji osób starszych. Jeżeli ktoś z państwa chciałby zabrać głos, bardzo proszę o takie zgłoszenie.

Nie ma. W związku z tym chciałbym zamknąć dzisiejszą dyskusję, zamknąć posiedzenie.

Uprzejmie informuję państwa, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu, także w wersji elektronicznej, znajdzie się w sekretariacie Komisji oraz na stronach internetowych Kancelarii Sejmu.

Dziękuję za to posiedzenie, dziękuję za dyskusję i za wszystkie wystąpienia naszych gości, prelegentów, którzy zechcieli podzielić się z nami swoją wiedzą na temat wielkich zespołów geriatrycznych i roli badań klinicznych w populacji osób starszych.

Przedstawiciel Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Iwona Bruśk:

Chwileczkę, panie przewodniczący, można jedną sprawę?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę. Pani Iwona Bruśk, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Przedstawiciel Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Iwona Bruśk:

Mam prośbę, pytanie do organizatorów, do pana przewodniczącego, do prelegentów – czy państwo by wyrazili zgodę na to, żebyśmy mogli korzystać z prezentacji, które państwo przedstawili w formie PDF i w jakiejkolwiek bądź? Już pytałam w kuluarach pana – to są niezwykle ważne kwestie, więc korzystając z materiałów podalibyśmy oczywiście

autora i wszystko, co niezbędne. Byłoby to niezwykle cenne, tak że jeśli państwo zechcieliby rozważyć taką możliwość, byłoby wspaniale. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Wszystkie prezentacje będziemy mieć. Co do ich udostępnienia, zadamy takie pytanie wszystkim naszym prelegentom. Mam nadzieję, że zgodzą się podzielić swoją wiedzą i tym, co zostało zawarte w przygotowanych na dzisiejsze posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej prezentacjach. Bardzo dziękuję.

Dziękuję państwu.